

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

137
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Ostéites tuberculeuses juxta coxales

d'après 20 Observations recueillies à l'Hôpital Maritime de Berck

PAR

MARCELLE CHAUVÉAU



Vue de l'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais)

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1922

761

157

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

101

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Ostéites tuberculeuses juxta coxales

d'après 20 Observations recueillies à l'Hôpital Maritime de Berck

PAR

MARCELLE CHAUEAU



Vue de l'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais)



Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1922

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN.....

M. ROGER

PROFESSEURS.....

MM.

Anatomie.....
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générale.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHET
André BROCA.
DESGREZ
BEZANÇON
BRUMPT
MARCEL LABBE
RENON
LECENE.
LETULLE
PRÉNANT
POUCHET
CARNOT
LÉON BERNARD
BALHAZARD
MENETRIER
ROGER

Clinique médicale.....

ACHARD
WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
NOBECOURT

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....

Clinique des maladies des enfants.....

Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
céphale.....

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....

Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique des maladies contagieuses.....

X.
JEANSELME
PIERRE MARIE
TEISSIER

Clinique chirurgicale.....

DELBET
LEJARS
HARTMANN
GOSSET
DE LAPERSONNE
LEGUEU

Clinique ophtalmologique.....

Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

BAR
COUVELAIRE
BRINDEAU
J. L. FAURE

Clinique gynécologique.....

Clinique chirurgicale infantile.....

Clinique thérapeutique.....

Clinique oto-rhino-laryngologique.....

Clinique thérapeutique chirurgicale.....

AUGUSTE BROCA
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL

* AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
ALGLAVÉ
BASSET
BAUDOIN
BLANCHETIÈRE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRE
DESMARET

DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
GUILLEMINOT
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBE (HENRI)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS

LARDENNOIS
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBoullet
LERI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT

RATHERY
RETTNER
RIBIERRE
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ (A)
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR A. GOSSET
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A M. LE DOCTEUR E. SORREL
CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE PARIS
CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL MARITIME
DE BERCK-SUR-MER
MÉDAILLÉ MILITAIRE

*Sous la bienveillante direction duquel
nous avons élaboré notre thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

A M. LE DOCTEUR BOURCY (*in memoriam*)

A M. LE PROFESSEUR ACHARD

Externat

A M. LE DOCTEUR ROUTIER (1913-1914)

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIROLOIX (1919-1920)

A M. LE DOCTEUR SAVARIAUD (1914-1915)

A M. LE DOCTEUR VEAU (1915)

A M. LE DOCTEUR PRAT (1915-1918)

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE NICE

*Qui ont été nos chefs de service à
l'hôpital Trousseau, alors que nous
faisions fonctions d'interne.*

A M. LE DOCTEUR SORREL (1920-1922)

*Auprès duquel nous avons également
rempli les fonctions d'interne à
l'hôpital maritime de Berck.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NETTER

A M. LE DOCTEUR TRIBOULET (*in memoriam*)

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GRÉGOIRE

A MM. LES DOCTEURS HALLOPEAU

ET BAUMGARTNER

CHIRURGIENS DES HOPITAUX DE PARIS

A MM. LES DOCTEURS ANDRIEU ET TRIDON

ASSISTANTS

ET M. LE DOCTEUR MOZER

CHEF DE LABORATOIRE A L'HOPITAL MARITIME DE BERCK

Au moment de terminer nos études, nous considérons comme un devoir très cher d'exprimer nos sentiments de gratitude à tous les maîtres qui nous ont accueillie dans leurs services.

Nous remercions tout particulièrement M. le Docteur Savariaud pour la confiance qu'il nous accorda en nous acceptant comme interne, lors de la mobilisation. Ses conseils, si patiemment dispensés, nous aidèrent beaucoup, dans l'accomplissement d'une tâche où nous apportions plus de bonne volonté que de savoir.

Que M. le docteur Veau, que nous eûmes comme chef de service pendant un temps trop court, nous permette de lui exprimer notre reconnaissance pour la bonté bienveillante qu'il n'a cessé de nous témoigner toujours.

Nous remercions aussi M. le docteur Prat. Pendant trois années nous avons opéré sous son aimable direction. La grande responsabilité qu'il nous laissa si souvent fut très profitable à notre formation professionnelle.

Bien que n'ayant pas été directement l'élève de M. le Docteur Netter, nous avons suivi, aussi souvent qu'il nous était possible, ses leçons si vivantes ; qu'il veuille bien accepter nos respectueux remerciements, et qu'il sache que nous n'oublierons jamais le réconfort moral que nous apporta sa grande bonté, dans une période particulièrement pénible de notre vie d'étudiante.

Nous devons à M. le docteur Sorrel deux années riches de nouvelles acquisitions. Qu'il nous permette de lui témoigner notre affectueuse reconnaissance, pour la cordiale simplicité avec laquelle il nous a accueilli, pour les marques d'intérêt qu'il nous a, dans la suite, sans cesse prodiguées, pour les regrets enfin que nous avons en quittant Berck.

Introduction

Parmi les ostéites tuberculeuses du fémur et de l'os iliaque, les ostéites juxta-coxales offrent un intérêt tout spécial au double point de vue de leur symptomatologie, car elles peuvent en imposer pour une coxalgie, de leur évolution, car certaines d'entre elles constituent un danger pour la hanche qu'elles menacent d'envahir.

Dans un établissement aussi considérable que l'est l'hôpital de Berck, et uniquement réservé aux tuberculoses chirurgicales, les cas en sont relativement assez fréquents et M. Ménard leur a consacré tout un chapitre de son livre sur la coxalgie. Il en a fait, d'autre part, une étude radiographique (1).

M. Lance, reprenant les observations citées par M. Ménard, a écrit sur la question, en 1901, un article très documenté dans la *Revue d'orthopédie*. Enfin, M. Sorrel, dans plusieurs communications, auxquelles d'ailleurs, il a bien voulu nous associer, a présenté onze cas de tuberculoses juxta-coxales à la Société anatomique.

Nous ne prétendons point faire ici une étude complète de ces lésions, nous voulons simplement exposer les

(1) V. Ménard. - Rapport fait au congrès de l'Association française de chirurgie, 1900.

quelques considérations pratiques que nous ont inspirées les divers cas qu'il nous a été donné d'observer, pendant un séjour de deux années à l'hôpital maritime de Berck.

Observations

Nous avons réuni dix-huit observations d'ostéites juxta-coxales sans coxalgie et nous y avons joint celles de deux coxalgies secondaires à des ostéites juxta-coxales. Les cas en sont malheureusement fréquents, nous avons choisi ces deux là parce que nous avons pu en suivre rétrospectivement l'évolution complète au moyen des radiographies qui en avaient été faites.

Une grande partie des observations que nous publions ici ont été présentées à la Société anatomique (1), les autres sont inédites.

Les ostéites juxta-coxales sont : fémorales, si elles intéressent le col ou le trochanter ; iliaques, si elles intéressent le cotyle (quelle que soit sa portion iliaque, pubienne ou ischiatique), ou bien le reste du pubis ou de l'ischion.

C'est dans cet ordre que nous les publions ici.

(1) Et. Sorrel et Mlle Chauveau. — Trois cas de tuberculose juxta-coxale (variété cotylienne), *Bul. Soc. Anat.*, décembre 1920, p. 684.

Et. Sorrel et Mlle Chauveau. — Deux cas de tuberculose juxta-coxale (col fémoral), *Bul. Soc. Anat.*, janvier 1921, p. 50.

Et. Sorrel, Leroy, Labau. — Deux cas de coxalgie consécutifs à des lésions primitivement juxta articulaires *Bul. Soc. Anat.*, juillet 1921 p. 354.

Et. Sorrel et Mlle Chauveau. — Six cas de tuberculose du pubis (Surface angulaire, *Bul. Soc. Anat.*, octobre et novembre 1921, p. 451.

I. OSTÉITES D'ORIGINE FÉMORALE

1°) OSTÉITES DU COL

a) *N'ayant pas envahi la hanche.*

OBSERVATION I

P... Odette, actuellement âgée de 7 ans, est entrée à l'hôpital maritime, le 20 décembre 1919, avec un mal de Pott lombaire en activité et une lésion ancienne au niveau de la hanche droite. D'après les renseignements fournis par la famille, cette lésion de la hanche remonterait au mois de décembre 1915. L'enfant marchait depuis peu de temps lorsqu'on s'est aperçu qu'elle boitait.



Fig. 1

En mai 1916, apparaît, à la face externe de la cuisse, un abcès qui guérit au bout d'un an, après avoir fistulisé. La malade porte, en effet, dans la région sous-trochantérienne droite, une cicatrice de fistule.

La cuti-réaction faite en mars 1920 est positive.

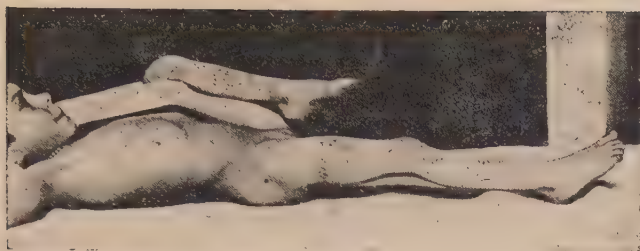


Fig. 2

Les radiographies, faites en janvier et en avril 1920, montrent une intégrité parfaite de l'espace articulaire, les contours



Fig. 3

de la tête et du côtyle sont nets, mais le col fémoral est complètement écrasé et le trochanter beaucoup plus élevé que normalement (fig. 1).



Fig. 4

A l'examen : la hanche est libre. Il existe seulement une très légère limitation de l'abduction (fig. 2, 3, 4). La mensuration montre que la distance est la même des deux côtés, du sommet du trochanter à la pointe de la malléole externe.

Mais dans l'ensemble le membre inférieur droit présente un raccourcissement de 2 centimètres dû à l'ascension trochantérienne.

OBSERVATION II

C... Lucien, actuellement âgé de 9 ans $\frac{1}{2}$, est entré à l'hôpital maritime le 14 mai 1919. D'après les renseignements fournis par la famille, l'enfant serait malade depuis novembre 1918, époque à laquelle il aurait commencé à se plaindre du genou



Fig. 5

et à boiter. En mars 1919, on lui fait un premier appareil plâtré à l'hôpital St-Louis, jusque là on l'avait laissé marcher, excepté pendant une période de quelques jours, tout au début de l'affection. A l'arrivée à l'hôpital maritime, on note coxal-

gie droite avec empâtement ; l'enfant a, en outre, de l'adéno-pathie trachéobronchique. La radiographie, faite à ce moment, montre que les contours de la tête et du cotyle sont nets. L'espace articulaire semble intact, mais sur le col on distingue un îlot noir, à contours peu nets, et entouré d'un espace clair, également mal délimité, occupant la presque totalité du col (fig. 5).

En juin 1919, un abcès apparaît sur la face externe de la cuisse et disparaît sans nécessiter de ponction. En décembre 1919, on fait un appareil plâtré et on laisse la hanche ainsi immobilisée jusqu'en décembre 1920.

La cuti-réaction faite en mars 1920 se montre fortement positive.

Le 1^{er} décembre on enlève l'appareil plâtré afin de laisser le malade récupérer ses mouvements.



Fig. 6

Une radiographie faite le 8 décembre 1920 montre que l'îlot noir du col a disparu. Le col présente une teinte presque uniforme et suffisamment foncée. Il existe seulement une petite tâche claire à la partie supérieure et représentant sans doute une cavernule, vestige du tubercule visible sur la radiographie de mai (fig. 5). Le 27 décembre 1920, quatre semaines

après l'ablation du plâtre, on examine l'enfant qui ne souffre pas, ni spontanément, ni à l'occasion de mouvements dont l'ampleur est la suivante :

Flexion atteignant presque l'angle droit.

Abduction et extension très légèrement limitées.

Rotation interne et externe nettement limitées surtout l'interne.

Il n'existe aucune modification dans la longueur du membre.

Depuis, les mouvements ont encore gagné en amplitude et on commence actuellement à faire lever l'enfant.

OBSERVATION III

(*inédite*)

G... Odette, entrée le 21 juin 1919. D'après la feuille de renseignements fournie par la famille, il est difficile de savoir à quelle époque a débuté l'affection ; il semble que ce serait en septembre 1918, mais comme il est question également d'une arthrite tibiotarsienne on ne sait à laquelle des deux lésions cette date se rapporte. Actuellement d'ailleurs, la tibiotarsienne droite est ankylosée et le pied est en léger équinisme.

A son arrivée à l'hôpital maritime, juin 1919, la petite malade est étiquetée arthrite de la hanche droite, douloureuse, limitation des mouvements. Au vu de la radiographie, on note ensuite : hypertrophie de la tête fémorale.

La cuti-réaction faite en mars 1920 est positive. Le Wassermann est négatif. L'enfant est immobilisée par une extension continue. Une radiographie faite en mars 1920, montre que les contours de la tête et du cotyle sont absolument nets comme sur la radiographie précédente d'ailleurs. L'hypertrophie de la tête fémorale, notée précédemment n'est pas très appréciable mais le col présente, à sa partie supérieure et au voisinage de la tête une tâche sombre dont la teinte s'éclaircit en allant du centre à la périphérie avec une ébauche de zone claire alentour ; sur une autre radiographie faite en octobre 1920, l'espace articu-

laire est toujours intact, mais le col s'est effondré. Dès décembre 1920 on laisse l'enfant libre dans son lit et au bout de quelques jours on veut examiner la hanche, mais l'enfant se met en contracture plus par crainte qu'à cause de la douleur, car il est également impossible d'examiner la hanche saine.

En février 1921, l'examen est possible. Les mouvements spontanés sont peu étendus mais les mouvements provoqués sont très amples.

Une nouvelle radiographie est faite en juin 1921. Le col apparaît tassé, raccourci, mais les lésions sont réparées. Le fémur droit a un calibre inférieur à celui du fémur gauche, mais le tissu compact y a repris une épaisseur normale. Il semble qu'il y ait un pincement articulaire très léger. Aussi laisse-t-on l'enfant couchée.

Actuellement, les mouvements de la hanche sont indolores et absolument complets. Cliniquement l'enfant est guérie. Il est probable que la radiographie confirmera cette guérison d'une tuberculose du col fémoral sans arthrite.

OBSERVATION IV

(*inédite*)

M... Suzanne, 5 ans, entre à l'hôpital maritime en mars 1921. Aurait commencé à boîter en novembre 1920. A l'hôpital Bretonneau, on la considère comme coxalgie gauche. Repos ; appareil plâtré.

A l'arrivée on note : Etat général médiocre.

Attitude du membre malade : flexion légère, avec abduction et rotation externe. La racine de la cuisse est tuméfiée. Limitation rapide de tous les mouvements. Allongement du membre malade : un demi-centimètre ; ganglions inguinaux.

28 avril 1921. — Apparition d'un abcès de la face antérieure de la cuisse en dehors des vaisseaux.

23 mai 1921. — L'abcès a le volume d'un petit œuf. Pas d'atrophie musculaire. Les mouvements sont les suivants :

La flexion atteint l'angle droit. L'hypertension et l'abduction sont nettement limitées. Allongement de 1 cm partant sur le fémur. Ganglions iliaques. Il semble qu'il ne s'agisse pas d'une arthrite. La radiographie montre que les contours de la tête et du cotyle sont identiques à ceux du côté sain. Il n'y a pas de pincement articulaire, pas de décalcification au niveau de la diaphyse fémorale mais une tâche sombre qui occupe la partie moyenne du col dans toute sa section. L'abcès est ponctionné le 27 mai 1921. On retire quinze centimètres cubes de pu clair sans grumeaux dans lequel, après homogénéisation, on trouve des bacilles de Koch granuleux.

22 février 1922. — L'état général est meilleur. L'abcès ne s'est pas réformé mais un peu de tuméfaction persiste en avant du col. Les mouvements, non douloureux, ont gagné en ampleur.

Flexion spontanée : 110° .

Flexion provoquée : 120° .

Abduction légèrement limitée.

Hyperextension normale.

Rotation interne et rotation externe légèrement limitées.

On continue à immobiliser l'articulation car les lésions y sont encore jeunes mais on remplace l'extension continue par un appareil plâtré.

b) *Ayant envahi la hanche*

OBSERVATION V

M... Roger, 6 ans $\frac{1}{2}$, entre à l'hôpital maritime le 13 mars 1915 pour une lésion de la hanche gauche. L'enfant boîte et souffre en marchant. L'examen clinique montre que les mouvements de la hanche sont complets. La radiographie (23 mars

1914) montre un col augmenté de volume, déformé, présentant des taches sombres entourées de zones plus claires correspondant probablement à des régions séquestrées ; ces lésions s'arrêtent à peu près exactement au niveau du cartilage de conjugaison, sauf à la partie inférieure où la tête est légèrement intéressée.

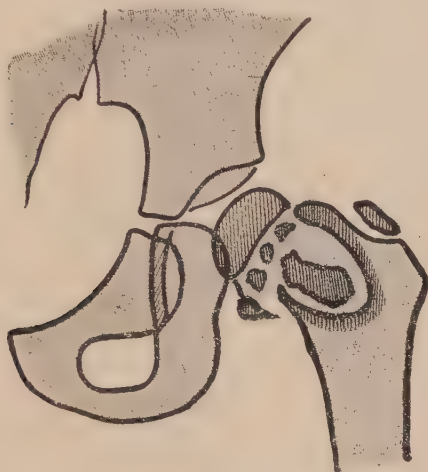


Fig. 7

Mais toute la partie de la tête qui correspond au cotyle est indemne. L'interligne articulaire est absolument normal. Radiographiquement l'articulation est indemne. Le diagnostic d'ostéite du col fémoral est évident et la suite devait démontrer que cette ostéite était d'origine bacillaire (fig. 7). L'enfant fut simplement couché et les lésions évoluèrent.

En juillet 1914, donc six mois plus tard, les mouvements de la hanche sont limités et la radiographie montre que l'articulation est envahie. Ce col présente toujours la même déformation, la même augmentation de volume avec des taches sombres paraissant des séquestres (fig. 8) mais en plus, la tête a perdu de sa régularité et commence à se luxer en haut dans un cotyle agrandi et aplati surtout à sa partie supérieure ; cette radiographie montre bien les signes habituels d'une

coxalgie au début, la disparition de l'espace clair articulaire à la partie supérieure, l'augmentation à la partie inférieure par déplacement en haut de la tête, c'est le pincement articulaire classique.

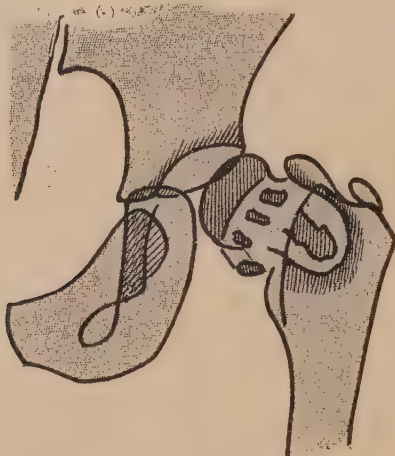


Fig. 8

Dès lors, une coxalgie va évoluer. Le traitement orthopédique ne fut peut-être pas aussi rigoureusement suivi qu'il l'est d'habitude à l'hôpital à cause de la militarisation partielle des salles et du personnel. Il se produisit une résorption graduelle de la tête. Le col disparut, lui aussi en grande partie. La cavité cotyloïde s'ulcéra largement surtout à sa partie supérieure, le cotyle s'aplatit et la tête, ou plutôt le minime moignon qui la représente se luxa progressivement dans une cavité cotyloïde trop grande. C'est ce que montrent des radiographies prises en avril 1915, juin 1916, novembre 1918. Elles montrent, en outre, une décalcification de la diaphyse fémorale.

En 1918, l'enfant fut évacué par suite des événements de la guerre.

Radiographiquement, en novembre 1917, la lésion était la suivante (fig. 9) : Disparition de la tête, le trochanter remonte jusqu'au contact de l'os iliaque. La cavité cotyloïde est très

agrandie ; complètement éculée. Tous les contours osseux sont très nettement marqués par des lignes sombres indiquant que les lésions sont éteintes ou près de leur fin. De plus, les lésions à distance sont également en voie d'extinction, la recalcification est à peu près complète, la ligne d'ossification périostique épaisse.



Fig. 9

L'enfant revint à l'hôpital en 1921. Cliniquement, la coxalgie était guérie en ce sens que l'enfant ne souffrait plus ; mais il y avait un raccourcissement très marqué que l'adduction forte de la cuisse augmentait encore, ce qui rendait la marche défectueuse.

La radiographie montra des lésions à peu près semblables à celles qui existaient en 1917. La coxalgie était restée éteinte jusqu'à cette époque, cependant il semble que l'on voit les traces d'un abcès ancien non mentionné. Comme il n'y a pas d'ankylose de la hanche, mais une pseudarthrose intracolylienne, l'ostéotomie ne pouvait donner de bons résultats et on essaya simplement de mettre le membre en abduction forte dans un appareil plâtré. Si une ankylose fibreuse se produit

dañs cette position, la marche ultérieurement, sera plus facile qu'elle ne l'était, car en ramenant les jambes au parallélisme pour la marche, le sujet fera de l'allongement fonctionnel qui luttera contre le raccourcissement réel.

2°) OSTÉITES DU TROCHANTER

OBSERVATION VI

(*inédite*)

M... Edouard, 12 ans, est entré à l'hôpital maritime le 24 avril 1919, porteur d'une fistule au niveau du trochanter gauche. Le début de l'affection remonte à 1916, et le malade a déjà fait un séjour à Berck de 1916 à 1918. Evacué à ce moment pour faire place aux blessés militaires, il revient en avril 1919. A cette date l'observation porte : Fistule de la face externe de la cuisse gauche. Trochanter épaissi, hanche libre.

La radiographie faite en juillet 1919 montre que la partie supéro-externe du trochanter gauche est échancrée en une caverne ouverte, à bords très nets et contenant un séquestre.

La fistule se ferme spontanément au bout de quelques mois mais en février 1920, on remarque qu'il existe au niveau du trochanter une petite collection de la grosseur d'un œuf de pigeon. Une nouvelle radiographie montre des lésions identiques à celles révélées par la radio de juillet 1919, sept mois auparavant.

La cuti réaction faite le 8 mars 1920 est très nettement positive. Intervention, le 6 avril 1920. M. Sorrel. Incisions de forme courbe à concavité inférieure, au niveau du trochanter. Ablation de l'abcès. Petite ouverture dans la paroi externe du trochanter, conduisant dans une cavité du volume d'une noix, dans laquelle on trouve un séquestre important et d'autres plus petits. Curettage de la cavité et abrasement de ses bords. Drainage par contre-incision et suture de l'incision opératoire. Le

malade quitte l'hôpital le 15 novembre 1920. L'incision opératoire s'est fermée par première intention et sa cicatrice est libre. La cicatrice de l'orifice de drainage est adhérente mais non douloureuse. Les mouvements de la hanche sont absolument complets. Il n'existe pas de modifications dans la longueur du membre.

OBSERVATION VII

(*inédite*)

R... André, 14 ans, entre à l'hôpital maritime, en mai 1913, aurait déjà fait deux séjours à Berck. L'un en 1913, l'autre en 1919. Avant son envoi à Berck en 1913, il aurait été opéré à l'hôpital Trousseau. Les dossiers des deux séjours à Berck n'ont pas été retrouvés mais on possède deux radiographies. L'enfant retourné à Paris aurait été opéré de nouveau à l'hôpital Trousseau en 1921.

La radio de 1913 ne montre pas de lésions appréciables. Celle de 1919 montre une hypertrophie notable du trochanter gauche.

A l'arrivée à maritime on note : Etat général bon. Cicatrice opératoire au niveau du trochanter gauche, non fermée, présente une fistule qui donne modérément.

Les mouvements de la hanche gauche, non douloureux, sont moins libres que ceux de l'articulation opposée. La suppuration reste sans modifications pendant six semaines.

La radiographie faite à l'arrivée montre des lésions très marquées surtout à l'union du trochanter avec le fémur.

Intervention le 6 juin 1921. M. Sorrel. Débridement de la fistule en utilisant une cicatrice d'incision faite lors d'une autre intervention. Grattage du trochanter et de la partie adjacente du fémur. Il n'y a pas de séquestre mais des fongosités et une surface anfractueuse qu'on régularise à la curette. Fermeture partielle.

Le 25 septembre 1921. La cicatrisation est complète et le 2 novembre 1921, l'enfant est emmené par sa famille ; marchait depuis trois semaines.

OBSERVATION VIII

(*inédite*)

P... Marié, 6 ans, entrée à l'hôpital maritime le 1^{er} juin 1921. Malade depuis septembre 1920. Aurait boité à la suite d'une chute.

A l'arrivée, on note : fistule suppurant peu, au niveau du trochanter gauche.

Mouvements à peu près complets.

Flexion normale.

Abduction et hyperextension très légèrement limitées.

Mensuration : Léger allongement du côté malade.

Ganglions inguinaux et rétro-cruraux.

Atrophie légère des fessiers à gauche.

La région trochantérienne est épaissie.

La radiographie montre un élargissement du trochanter gauche sans qu'il soit possible de distinguer un foyer osseux net.

Cuti réaction positive. Wassermann négatif.

Le 20 juillet 1921. La supuration ne diminuant pas, on intervient. Op. M. Andrieu. Le trochanter est dénudé sur une petite surface et on trouve un séquestre très petit. Curettage.

Le 18 janvier 1922. La cicatrisation est complète.

II. OSTÉITES D'ORIGINE ILIAQUE

I) OSTÉITE DU COTYLE

a) *N'ayant pas envahi la hanche*

OBSERVATION IX

L... Lucette, 11 ans, entrée le 20 février 1920, présente à son arrivée un abcès de la fosse iliaque droite qui descend, en passant sous l'arcade crurale, à la face interne de la cuisse. La feuille de renseignements fournis par la famille, dit que l'enfant n'a commencé à souffrir qu'en septembre 1919. Mais, à cette époque l'abcès existait déjà. En septembre 1918, M. Kirmisson aurait été consulté pour un pied creux. Il n'y avait, en ce moment, rien de manifeste à la hanche puisqu'il ordonna seulement le port d'une chaussure orthopédique. Le début de la lésion se placerait donc entre ces deux dates.

Examen du 21 février 1920. Les mouvements de la hanche sont assez étendus pour qu'on écarte le diagnostic de coxalgie. L'examen de la colonne lombo sacrée est négatif et le diagnostic de mal de Pott est également écarté.

Cuti réaction positive.

Le 4 mars 1920. Ponction de l'abcès de la fosse iliaque interne droite : 200 cm³ de pus épais et bien lié.

En mai 1920. L'abcès est en voie de régression.

Les mouvements sont les suivants :

Extension complète.

Flexion atteignant l'angle droit.

Abduction plus ample que du côté sain.

Rotation externe permanente.

Rotation interne impossible.

Pas de modification dans la longueur du membre. Pied droit un peu creux et plus court que le gauche.



Fig. 10

La radiographie faite en mars 1921 (fig. 10) montre que l'espace articulaire est intact, les contours de la tête et du cône sont nets, mais il existe au fond de ce dernier, une cavité, d'environ deux centimètres et semblant contenir un petit séquestre. Une radiographie faite en mai (fig. 11) montre que l'ombre que l'on croit être un petit séquestre est moins dense, à contours moins nets et un peu plus étalée. Comme l'abcès, d'autre part, regresse, on reste dans l'explicative,

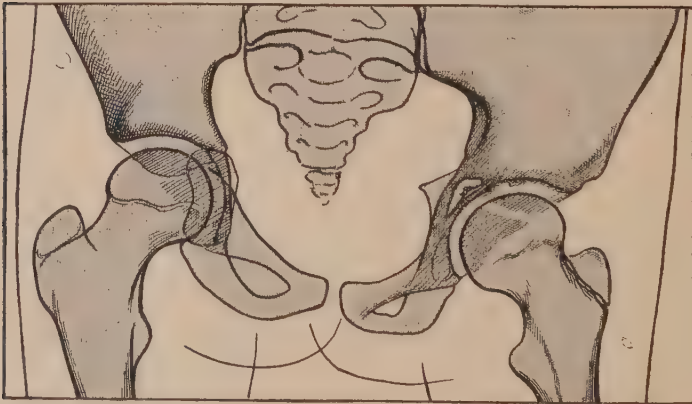


Fig. 11

une intervention par quelque voie que ce soit, paraissant dangereuse, le membre est simplement maintenu en extension continue.

Le 8 décembre 1920. L'abcès semble disparu.

Mouvements.

L'abduction et la rotation externe sont toujours plus étendues que du côté sain. Mais le membre est maintenant en rectitude. La rotation interne est possible, non douloureuse, un peu limitée. L'extension est la même que du côté sain. L'hyperextension n'est pas douloureuse. La flexion dépasse légèrement l'angle droit.

Le pli fessier est à peu près effacé.

Mensuration : Contre les faits habituels le fémur du côté malade est moins long d'au moins 1 cm $\frac{1}{2}$ que celui du côté sain.

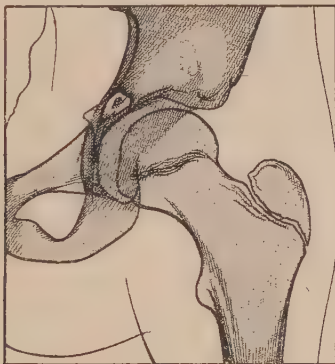


Fig. 12

L'état général de la malade est excellent.

Une radiographie faite le 6 décembre 1920 (fig. 12) montre que l'articulation est indemne. Le petit séquestre a diminué et est de moins en moins opaque.

L'enfant est laissée libre dans son lit, à partir du 1^{er} février 1922.

Le 1^{er} mars on constate que les mouvements ont la même

amplitude qu'en décembre 1920. La hanche immobilisée depuis deux ans ne pourra que s'assouplir avec le temps.

La dernière radiographie du 29 février 1922 montre que l'articulation est restée indemne. Le séquestre a disparu. La petite cavité a diminué et ses parois sont très nettement dessinées. La réparation se fait.

OBSERVATION X

B., Michel, 8 ans $\frac{1}{2}$, entre à l'hôpital maritime le 18 juin 1919. Le début des accidents remonte à décembre 1916.

L'enfant aurait, à cette époque, commencé à boîter légèrement.

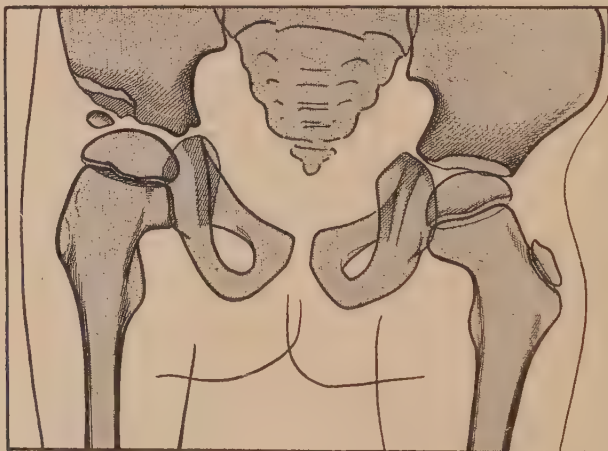


Fig. 13

En mai 1917, il est examiné à l'hôpital des Enfants-Malades dans le service de M. le P^r Broca et il y est soigné jusqu'à son départ pour Berck. A ce moment, il est porteur d'une fistule de la région trochantérienne gauche et présente une limitation des mouvements de la hanche très marquée qui le fait étiqueter à l'arrivée ; coxalgie ancienne fistuleuse, diagnostic rectifié dès

le vu de la radiographie, car elle montre (fig. 13) une intégrité parfaite de l'espace articulaire et une petite caverne située à la partie supérieure du sourcil cotyloïdien et semblant contenir un sequestre.

La cuti réaction est fortement positive. L'enfant est laissé au repos au lit sans immobilisation de façon à voir si la hanche récupérera des mouvements qui permettront d'affirmer cliniquement son intégrité.

Après trois mois de repos, les mouvements ont repris une grande amplitude.

La flexion atteint l'angle droit, l'extension est complète. On est en droit de conclure (comme d'ailleurs la radiographie semble l'indiquer) que la hanche n'a pas été atteinte. Il est, par suite, logique de curetter le foyer extra articulaire qui reste une menace pour l'articulation et, le 19 novembre 1919, l'opération est faite : En suivant le trajet fistuleux, on arrive à une petite caverne, occupant le rebord du sourcil cotylien, bourrée de fongosités, mais ne contenant pas le sequestre libre que la radiographie semblait montrer. Les bords de cette cavité sont abrasés pas curettage, le trajet fistuleux enlevé, et la plaie est fermée. La cicatrisation fut complète en une quinzaine de jours.

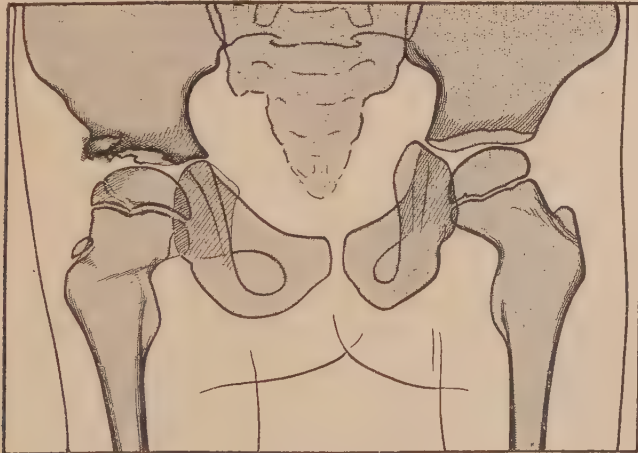


Fig. 14

Une radiographie faite en février 1920 (fig. 14) montre que la hanche resta indemne et surtout, elle montre une réparation manifeste des lésions. On voit en effet très nettement que la caverne qui apparaissait sur la première radiographie et dont l'étendue avait été forcément augmentée par l'intervention, se comble peu à peu et a presque disparu.

L'enfant fut gardé au lit jusqu'en juin 1920. Examiné à plusieurs reprises pendant ce temps, il fut constaté que les mouvements de la hanche gagnaient en amplitude. En mai 1920, la cicatrice qui était chéloïdienne, fut distendue à sa partie supérieure, par un peu de liquide, lequel fut évacué par une incision. La cicatrization ne demanda que quelques jours et ce fut le seul incident post-opératoire.

En juillet 1920 l'état était le suivant : grosse cicatrice chéloïdienne gauche. Les mouvements d'abduction, d'extension, de rotation interne et externe sont normaux ; la flexion n'est pas tout à fait complète. Il reste à franchir un angle de 40 degrés environ pour que la cuisse puisse être appliquée sur la paroi abdominale antérieure. Mais cela ne peut être mis en évidence que par un examen soigneux et on peut dire que, pratiquement, les mouvements de la hanche sont complets. La mensuration donne un allongement de 2 cm. du membre malade, portant uniquement sur le fémur. La marche est normale et non douloureuse. L'enfant est encore gardé en observation pendant trois mois, menant la vie fort active de ceux de nos petits malades qui peuvent marcher. La guérison se maintient complète. L'enfant sort de l'hôpital en octobre 1920.

OBSERVATION XI

L... Paul, âgé de 7 ans, entre à l'hôpital maritime le 24 avril 1919. Nous n'avons pu avoir aucun renseignement sur lui si ce n'est qu'il est maintenu au lit depuis 1916 et qu'une ponc-

tion d'abcès froid de la région trochantérienne avait été faite récemment dans un hôpital de Paris. A son entrée, il est porteur d'un abcès froid siégeant dans la région trochantérienne, les mouvements de la hanche sont à peu près conservés, si bien que dès le premier examen clinique on écarte le diagnostic de coxalgie pour émettre l'hypothèse d'une tuberculose extra articulaire, probablement une ostéite bacillaire de l'extrémité supérieure du fémur droit, lequel mesure 1 cm $\frac{1}{2}$ de plus que le gauche.



Fig. 15

La radiographie (fig. 15) faite le 29 avril 1919, permet de préciser le diagnostic. Elle montre en effet :

- 1° Que l'extrémité supérieure du fémur est saine.
- 2° Que l'articulation proprement dite n'est pas altérée.
- 3° Qu'il existe une très grande cavité du sourcil cotylien à contour très foncé, donc à parois nettement limitées. Elle semble venir au contact de l'espace articulaire mais les signes cliniques notés, permettant de dire qu'il n'y a pas communication entre cette cavité et l'articulation et de faire le diagnostic d'ostéite du sourcil cotylien.

Le 20 juin 1919. On évacue par ponction 30 cm³ de pus. L'enfant est laissé au lit et en octobre 1919, on note que les mouvements de l'articulation sont absolument complets ; l'en-

fant, en particulier, peut porter son talon droit jusqu'à la nuque.

L'extension, l'abduction, la rotation interne et externe ont toute leur amplitude normale.

Le 25 novembre 1919 on fait lever l'enfant, qui, à partir de ce moment jusqu'au 12 avril 1920, époque à laquelle il quitte l'hôpital, mène l'existence turbulente des enfants de son âge.

La note prise à la sortie de l'hôpital maritime est la suivante : Etat général excellent. Mouvements de l'articulation, complets. L'enfant marche et court sans aucune sorte de gêne. Cliniquement. *Reditus ad integrum* parfait.

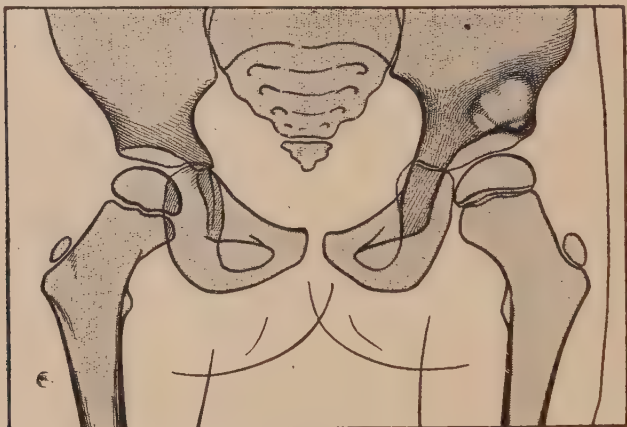


Fig. 16

La radiographie (fig. 16) faite le 1^{er} mars 1920, montre :

- 1° Que l'espace articulaire est resté normal.
- 2° Qu'il n'y a pas eu de modification de l'extrémité supérieure du fémur.
- 3° Que la cavité alvéolaire, si nette sur la radiographie faite un an auparavant, est sans doute comblée, car l'image s'en est beaucoup estompée.

On voit très nettement une ligne sombre qui la sépare de l'espace clair articulaire et qui explique l'absence de réaction.

En somme, il s'est fait spontanément une disparition de cette caverne, origine évidente de l'abcès.

OBSERVATION XII

(*inédite*)

L... Maurice, entré en mai 1920 pour une affection de la hanche gauche, dont le début remonterait seulement à février 1920.

A l'arrivée, on l'étiquette coxalgie gauche avec abcès crural externe, et on note.

Attitude : Rotation interne et abduction légères.

Atrophie musculaire marquée.

Allongement de 1. cm. du côté malade.

Ganglions iliaques.

Tous les mouvements sont nettement limités, surtout l'extension.

Le 12 juin 1920 on fait une ponction blanche de l'abcès externe qui disparaît spontanément et n'est plus perceptible en avril 1921.

A ce moment on remarque que l'amplitude des mouvements est très grande et un examen plus attentif de la radiographie faite en juin 1920, permet de constater que l'espace articulaire est identique à celui du côté sain, le cotyle seul est atteint et présente une caverne assez vaste au niveau du sourcil.

Les radiographies suivantes, juin 1921 et décembre 1921, montrent la même intégrité de l'espace articulaire mais l'image de la caverne s'est modifiée. Réduite sur la radio de juin, elle l'est encore davantage sur la radio de décembre et le dessin de ses contours est beaucoup plus net. Les lésions se sont limitées et sont en voie de réparation. L'enfant est immobilisé dans un appareil plâtré ; on attend que la réparation des lésions soit radiographiquement un peu plus avancée pour le faire lever.

OBSERVATION XIII

(*inédite*)

L... Renée. Entre à l'hôpital maritime le 9 juin 1916. Serait malade depuis avri 1915, et soignée depuis cette date à l'hôpital Bretonneau pour coxalgie ; aurait eu deux abcès avant son arrivée à l'hôpital maritime.

A son arrivée on fait le diagnostic de coxalgie gauche et on note : mouvements très limités, adénite iliaque, fistule croûteuse de la fesse gauche ; ascension trochantérienne 1 cm. $\frac{1}{2}$. Rien n'est noté jusqu'en février 1920 où l'on constate que la fistule de la fesse gauche existe encore.

Les mouvements de la hanche sont les suivants :

- La flexion dépasse l'angle droit : 100° ;
- La rotation tant interne qu'externe est normale ;
- L'abduction est très légèrement limitée ;

On ne trouve pas l'ascension trochantérienne notée à l'arrivée en 1916.

Une radiographie de mai 1920 montre une tête hypertrophiée un peu aplatié en galette. Le contour du cotyle semble un peu flou, mais l'espace claire articulaire semble normal. De plus, il existe une caverne semblant presque comblée, dans le sourcil cotyloïdien. Il existe aussi une lésion (caverne bi-alvéolaire) semblant ancienne, au niveau de l'ischion, causé probable de la fistule fessière.

Depuis, la fistule de la fesse s'est fermée et réouverte à diverses reprises et semble maintenant cicatrisée définitivement. La radiographie faite le 2 février 1922 montre que les lésions se répètent : limitées par des contours nets elles donnent une image radiographique à peine plus claire que l'os sain avoisinant.

Les mouvements ont gagné encore en ampleur ; la flexion atteint maintenant 110°.

Le côté malade présente un allongement de 1 cm, mesuré du trochanter à l'interligne articulaire du genou ; l'allongement porte donc uniquement sur le fémur.

Il s'agit d'une lésion ancienne dont la guérison à peu près complète aurait été sans doute plus rapide si une intervention lui était venu en aide.

b) *Ayant envahi la hanche*

OBSERVATION XIV

S... André. Actuellement âgé de 14 ans, entre à l'hôpital maritime le 12 décembre 1913 pour un mal de Pott lombaire, lequel, disons-le tout de suite, évolua de façon normale et doit être considéré comme guéri.

Au cours de ce mal de Pott une radiographie de la hanche fut faite par erreur et montra une lésion du bord supérieur du cotyle (fig. 17), caverne avec volumineux séquestre, mais il n'y avait à ce moment aucune réaction articulaire.

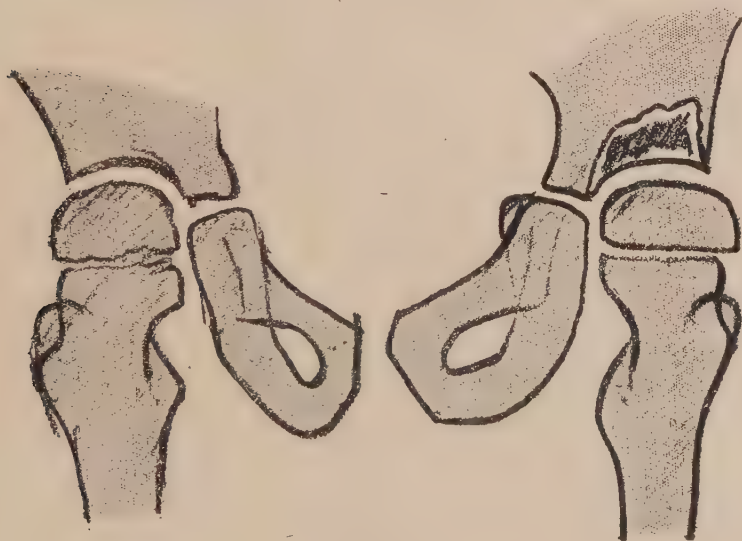


Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19

Les choses restèrent en état jusqu'en mai 1918. L'examen clinique montre que la hanche réagit légèrement ; la flexion de la cuisse sur le bassin est légèrement limitée et une radiographie faite à ce moment (fig. 18) montre deux choses.

1°) La lésion cotylienne a évolué : le séquestre semble avoir disparu en partie et la cavité s'est comblée dans sa partie supérieure.

2°) L'articulation de la hanche est intéressée. L'espace clair articulaire est diminué en haut, augmenté au contraire en bas, la tête est légèrement remontée ; ce sont les signes radiographiques classiques des coxalgies au début. Une radiographie un



Fig. 20

peu postérieure à celle-ci montre ces mêmes lésions un peu plus accentuées (fig. 19).

La tête est déjà remontée dans la cavité cotyloïde agrandie en haut, mais la tête fémorale reste intacte. La coxalgie évolue.

En 1920, l'enfant a une hanche ankylosée en assez bonne position, bien que l'ascension de la tête ait déterminé un certain raccourcissement du membre. La radiographie (fig. 20) peut s'interpréter ainsi : cavité cotyloïde agrandie par en haut. Tête fémorale dont l'intégrité est à peu près complète, remontée dans cette cavité cotyloïde trop grande. A la partie externe de la cuisse, trace d'un abcès ancien.

2°) OSTÉITES DU PUBIS

OBSERVATION XV

... Jeanne, 16 ans ; entre à l'hôpital maritime annexe le 19 mars 1921 ; aurait commencé à souffrir en décembre 1920 d'une façon insidieuse. Hospitalisée à Saulieu jusqu'au 12 janvier 1921, où on lui incisa un abcès de la face interne de la cuisse puis aux Enfants Assistés à Paris, d'où on l'envoie à Berck.

On note à l'arrivée : état général médiocre ; légère limitation des mouvements de la hanche gauche, surtout l'abduction et la rotation interne. L'extension n'est pas tout à fait complète.

Fistule dans le pli génito-crural gauche suppurant assez abondamment. Le stylet introduit dans la fistule se dirige en haut et en arrière vers la branche ischiopubienne.

Cuti-réaction positive. Réaction de Wassermann négative. Sur la radiographie faite le 29 avril 1921 (fig. 21), on voit que la surface angulaire du pubis est altérée dans sa moitié inférieure. La branche descendante est augmentée de volume et



Fig. 21

creusée d'une caverne contenant un sequestre. Repos. Héliothérapie. L'état général redevient meilleur mais la suppuration persiste.

Intervention le 1^{er} juin 1921 (M. Sorrel).

Un stylet, enfoncé dans la fistule se dirige vers la branche ischio-pubienne et pénètre dans une petite cavité osseuse. Débridement de la fistule par une incision parallèle à la racine de la grande lèvre ; on arrive dans une petite cavité creusée dans la branche descendante du pubis. Elle contient deux séquestres lamelliformes que l'on enlève. On peut facilement bourrer la cavité avec la graisse de la région maintenue par un surjet profond. Quelques points à la soie sur la peau. La cavité en effet était tout à fait nette et la fistule donnant peu abondamment, on essaie d'obtenir une réunion par première intention.

Le 4 juin (le 2 juin la plaie avait été souillée par des matières fécales) la température monte à 39° et l'on est obligé d'enlever les points de suture.

La cicatrisation se fit néanmoins très rapidement et était complète en quinze jours.

Le 3 novembre 1921, l'enfant quitte l'hôpital maritime annexe pour aller passer l'hiver à Cannes.

L'état général est excellent, les mouvements de la hanche sont complets ; la cicatrice est à peine visible.

OBSERVATION XVI

G... Roger, 14 ans ; entre à l'hôpital maritime le 17 mars 1920 ; malade depuis mai 1914. Il fut à cette époque soigné aux Enfants Assistés ; on lui aurait, dans le courant de l'année 1914, appliqué plusieurs appareils plâtrés. Les renseignements fournis par la famille sont assez vagues. Cependant il semble qu'il y eut, dans la maladie une accalmie et en décembre 1919, l'enfant commença à se plaindre à nouveau et à boîter. Il aurait été appareillé en février 1920 à l'hôpital Trousseau.

A l'arrivée on note : Mouvements de la hanche gauche limités.

Il existe un petit abcès en avant du grand trochanter, une zone d'empâtement en dedans des vaisseaux, trois fistules à la face interne de la cuisse et à sa face postérieure en plus de cicatrices dans la même région.

Cuti-réaction positive. Réaction de Wassermann négative. La radiographie (fig. 22) faite le 8 avril 1920, montre que la surface angulaire du pubis est partiellement détruite. On ne voit pas de séquestre. Il existe un certain degré de disjonction du pubis.

Repos. Héliothérapie. Les fistules persistent.

Intervention le 20 septembre 1920.

1° Le stylet enfoncé dans la fistule de la région adductrice conduit vers le pubis.

2° Incision au niveau de la racine des bourses du côté gauche, mise à nu de la surface angulaire du pubis et de l'origine de la hanche descendante. Grattage. Pas de séquestre libre.

En novembre 1920, la cicatrisation opératoire est com-

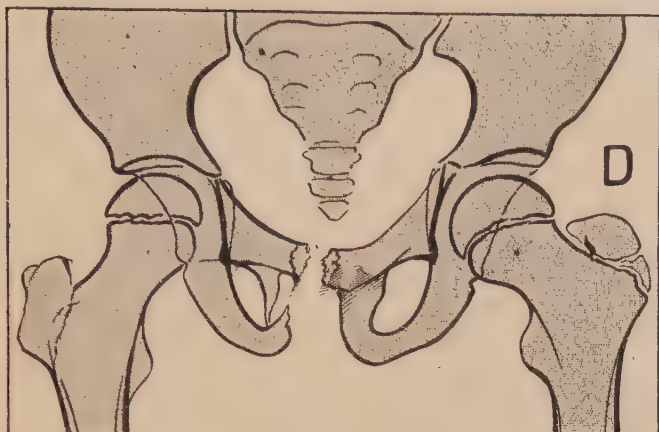


Fig. 22

plète. Il persiste une fistulette croûteuse à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche. Les autres sont fermées. L'abcès a disparu.

En décembre 1920, la dernière fistule se ferme.

Février 1921. La cicatrisation s'est maintenue, et les mouvements de la hanche sont devenus normaux ; une radiographie du 17 février 1921, montre que la réparation se fait peu à peu. L'enfant commence à marcher.

Sortie de l'hôpital août 1921. — Guérison. Marche normale.

OBSERVATION XVII

C... Maurice, 13 ans $\frac{1}{2}$, entre à l'hôpital maritime le 17 mars 1920. Serait malade depuis février 1919.

Soigné antérieurement à l'hôpital Trousseau où de mai à septembre 1919, il aurait été opéré trois fois pour tuberculose du pubis.

La cicatrice opératoire va de l'épine iliaque antérieure et supérieure droit au pubis. Il existe deux fistules qui don-

nent très abondamment. L'une au niveau de la racine de la bourse droite par laquelle on arrive facilement sur la branche horizontale du pubis droit dénudé, l'autre au rebord supérieur de l'angle du pubis. Le stylet s'enfonce vers la face postérieure de cet angle sans rencontrer de contact osseux.

Les mouvements de la hanche sont à peu près normaux.

La cuti réaction faite le 30 mars est positive.

La radiographie faite le 8 avril 1920 montre une déformation de la surface angulaire du pubis droit avec un certain degré de disjonction pubienne.

De juin à octobre 1920 : Héliothérapie : La fistule supérieure se ferme. Celle située vers la racine de la bourse droite continue à donner abondamment.

27 octobre 1920. Intervention : Débridement de la fistule par une incision parallèle à la racine de la bourse droite. En suivant le trajet fistuleux on arrive à une petite cavité située dans la surface angulaire du pubis, près de l'orifice de la branche descendante et dont l'orifice est très étroit.

Curettage et mise à plat de cette cavité. Tamponnement.

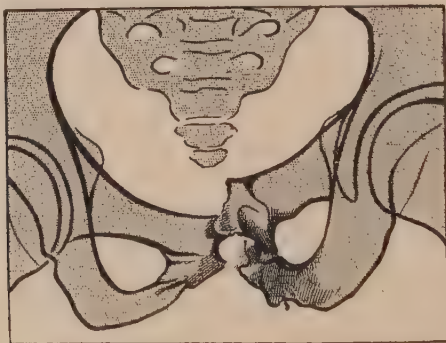


Fig. 23

Janvier 1921. La suppuration est presque tarie, les mouvements de la hanche sont normaux.

25 mars. La cicatrisation est complète.

La radiographie (fig 23) montre que la réparation se fait.

Le 12 septembre 1921, l'enfant quitte l'hôpital. L'état général est excellent. La marche est normale.

OBSERVATION XVIII

L... Ernest, 13 ans $\frac{1}{2}$, entre à l'hôpital maritime le 19 février 1921, serait malade depuis février 1920. Aurait été soigné à la campagne depuis cette époque. Repos au lit d'abord, puis à partir de juillet 1920, appareils plâtrés. Arrive porteur d'une fistule située à mi-chemin entre l'épine iliaque et l'épine pubienne : son orifice a bien deux centimètres de large et suppure abondamment.

Les mouvements de la hanche sont légèrement limités, en particulier l'abduction.

Cuti réaction positive. Réaction de Wassermann négative.

La radiographie faite le 19 février 1921, montre une destruction partielle de l'angle du pubis et de la portion initiale de la branche ischio-pubienne. Il semble y avoir un petit sequestre. Disjonction pubienne assez marquée.

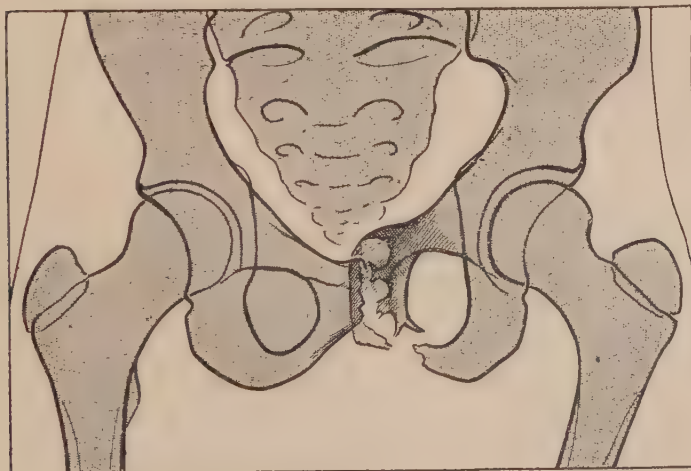


Fig. 24

Intervention le 6 avril 1921. M. Tridon. Débridement de la fistule. L'incision faite correspond ainsi à la partie supérieure du rebord pubien. On arrive sur l'angle par voie haute. Ablation d'un sequestre situé dans une cavité bien limitée par des parois dures. Il existe une deuxième cavité irrégulière dont les parois ne sont pas dures, dans la partie inférieure de l'angle pubien à l'origine de la branche ischiopubienne. Curettage.

Octobre 1921. La suppuration persiste abondante. Une radiographie faite à ce moment montre que la réparation n'est pas faite (fig. 24).

Le 5 décembre 1921. Réintervention (M. Sorrel).

Incision basse, le long de l'insertion de la bourse gauche ; on arrive au niveau du foyer, quatre sequestres assez volumineux dans une caverne aux parois nettes. Ablation des sequestres et curettage des fongosités qui les entourent.

Débridement du trajet fistuleux supérieur de façon à ne faire qu'une seule plaie à plat. Ablation discrète des tissus malades. Réunion, sauf à la partie inférieure, par laquelle passe une mèche tamponnant la cavité.

Actuellement la suppuration qui est allée en diminuant progressivement est minime.

OBSERVATION XIX

P... Renée, 9 ans, est entrée à l'hôpital maritime le 15 novembre 1919, avec une tuberculose du pubis droit dont le début remonte à juillet 1918.

On note à l'arrivée l'existence d'une fistule qui s'est fermée et ouverte à plusieurs reprises.

Cuti réaction positive.

La radiographie faite en février 1920, montre l'existence d'une toute petite caverne au niveau de l'angle pubien, ne semblant pas contenir de sequestre (fig. 25).

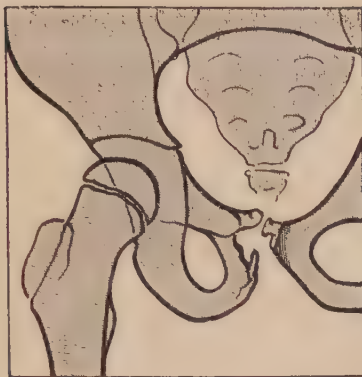


Fig. 25

Repos au lit. Héliothérapie.

En mai 1920, fermeture de la fistule.

On laisse marcher l'enfant. La fistule reste fermée, la marche est normale. C'est à peine si la pression au niveau de l'angle pubien provoque une très légère douleur.

Les radiographies faites le 1^{er} mai 1920 et le 3 février 1921, montrent que la réparation se fait.

Février 1921. Sortie de l'hôpital.

OBSERVATION XX

F... Roberte, 5 ans, entre à l'hôpital maritime en avril 1920, pour une tumeur blanche du genou droit.

La radiographie (fig. 26) ayant été prise jusqu'aux hanches, on constate que la branche horizontale du pubis gauche est très élargie. Il semble qu'il y ait une caverne à bords très nets.

La lésion se poursuit jusque sur l'angle du pubis.

A la palpation on sent très facilement un épaissement considérable de la branche horizontale du pubis gauche. Il n'existe

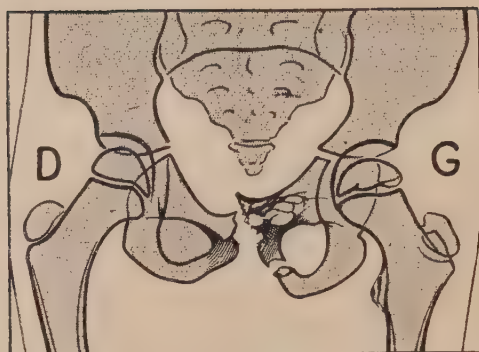


Fig. 26

pas d'empatement. L'enfant ne souffre pas même à la pression et n'a jamais souffert spontanément.

En novembre 1921. Il n'y a aucune modification.

3) OSTÉITES DE L'ISCHION

Nous n'en avons rencontré qu'un seul cas, le malade présente par ailleurs une ostéite du cotyle. Obs. XIII.

On voit que les deux coxalgies secondaires dont nous donnons les observations (V et XIV) sont consécutives, l'une à une ostéite du col fémoral, l'autre à une ostéite du cotyle. Ce sont les seules juxta-coxales qui menacent réellement la hanche et évoluent assez souvent vers la coxalgie : ceci pour des raisons anatomiques simples. Dans les ostéites du cotyle, la barrière est fragile qui protège l'articulation : que le cartilage diarthodial se perfore, et celle-ci est tuberculisée. Dans celles du col, la

lésion est en somme intra-capsulaire, et ne reste extra-articulaire qu'à la faveur d'adhérences qui la localisent, constituant une barrière très efficace si l'on en juge par l'observation I d'une petite malade atteinte d'une ostéite du col fémoral droit qui ne fut pas soignée. La lésion se compliqua d'un abcès de la face externe de la cuisse qui devint fistuleux. En définitive, le col subit un effondrement complet qui détermina une *ascension trochantérienne* de deux centimètres, néanmoins, l'*articulation* proprement dite, est *cliniquement* et *radiographiquement* intacte.

Les cas ne sont pas toujours aussi heureux, et notre observation V en est une preuve. Chez ce malade, en effet, une ostéite du col fémoral donna lieu à une coxalgie, malgré le repos au lit.

Aussi, nous proposons de réserver le terme d'ostéites *juxta-coxales* à celles du col fémoral et du cotyle dans sa totalité, et de grouper sous le nom d'ostéites *para-coxales*, celles du trochanter, du pubis et de l'ischion.

Diagnostic

Sur nos dix-huit malades atteints d'ostéites juxta-coxales, trois, dont la lésion siégeait sur le pubis, ont présenté un début et même une évolution insidieuse. Deux (obs. XV et XIX) ne révélant leur lésion que par l'apparition d'un abcès. Le troisième (obs. XX) fut une trouvaille de radiographie.

Tous les autres, à part deux (obs. XVII et VI), sur lesquels on a peu de renseignements, ont boité au début de leur affection, bien plus, huit d'entre eux (obs. II, III, IV, XI, XII, XIII, XVI, et XVIII) ont été considérés, après plusieurs examens et pendant une période variable (parfois plusieurs années, obs. X, XIII, XVI) de leur affection, comme coxalgies.

C'est en effet, avec cette affection que le diagnostic se pose de façon à peu près constante, et presque exclusive même. Il n'y a guère que pour notre petite malade de l'observation IX, qui présentait un abcès de la fosse iliaque avec prolongement à la face interne de la cuisse, et une liberté relativement grande des mouvements de la hanche, que l'on pouvait émettre sérieusement l'hypothèse d'un mal de Pott lombo sacré.

La confusion est donc fréquente entre l'arthrite de

la hanche et les ostéites qui siègent au voisinage de cette articulation.

Il existe cependant certains signes qui permettent d'éliminer la coxalgie, et même de localiser la lésion.

a) *Discordance entre les signes fonctionnels peu marqués et les signes physiques au contraire très marqués.*

A une période de début, il est facile de concevoir que les signes physiques ne peuvent être très accentués. Les signes fonctionnels sont à peu près ceux d'une coxalgie au début. L'enfant se fatigue, souffre de façon vague, boîte un peu. L'examen montre une limitation légère des mouvements. Il y a souvent une inégalité manifeste dans la limitation des divers mouvements, mais il semble difficile de localiser la lésion, d'après les mouvements compromis.

A une période plus avancée, il existe en général une discordance frappante entre les signes physiques et les signes fonctionnels. Nous apportons, de ce fait, plusieurs exemples dans l'observation XVI, qui est celle d'un malade atteint d'ostéite de la surface angulaire du pubis et qui présentait : un abcès en avant du grand trochanter, une zone d'empatement en dedans des vaisseaux, trois fistules à la face externe et à la face postérieure de la cuisse, en plus de plusieurs cicatrices de la même région. A première vue, l'aspect était celui d'une *coxalgie fistuleuse*, et les mouvements de la hanche correspondante étaient *simplement un peu limités* ; l'observation IX qui a trait à une fillette de treize ans, laquelle n'alla à une consultation d'hôpital, qu'après l'ap-

parition d'un abcès dans la fosse iliaque interne. A son arrivée à l'hôpital maritime, malgré la présence de cet abcès volumineux qui se prolongeait à la face interne de la cuisse, les mouvements de la hanche étaient très étendus.

Après une ponction de l'abcès qui contenait deux cents centimètres cubes de pus, on note que :

La flexion atteint l'angle droit.

L'abduction est plus ample que du côté sain.

La rotation externe est permanente, et plus accentuée que du côté sain.

La rotation interne est impossible.

L'obs. IV en est un autre exemple. Elle est celle d'une enfant atteinte d'ostéite du col fémoral et qui, après l'apparition d'un abcès à la face externe de la cuisse, présentait des mouvements assez considérables puisque la flexion atteignait l'angle droit, et que les autres mouvements étaient simplement limités et non impossibles. En général, dans les coxalgies qui offrent des signes physiques de cette importance, toute tentative pour mobiliser l'article provoque de la douleur et les mouvements sont minimes ou nuls.

b) *Parfois, un signe physique net, permet d'affirmer l'origine.*

Ceci n'est vrai que pour les lésions siégeant sur des os facilement accessibles par la palpation. Exemples, nos malades des observations VI et VII qui présentaient un épaissement du trochanter, et celle de notre observation XX dont l'augmentation de volume du pubis était facilement perçue sous les téguments.

Le siège des abcès ou des fistules peut fournir aussi des indications : un abcès ou une fistule, siégeant dans la région inguino génitale, reconnaîtra comme origine une ostéite du pubis (obs. XV).

De même qu'un abcès, de la région trochantérienne, avec une liberté à peu près complète des mouvements de la hanche, sera en faveur d'une lésion de l'os sous-jacent.

c) *Le plus souvent, c'est la radiographie qui tranche le diagnostic* et montre, d'une façon certaine, pour un œil accoutumé, si la hanche est atteinte ou non, et dans ce dernier cas, quel est le siège de la lésion.

La radiographie doit, naturellement, comprendre le côté sain et le côté présumé malade. Si la hanche n'est pas intéressée, l'espace clair articulaire est absolument identique à celui du côté sain. Il reste alors à chercher où se trouve la lésion, en continuant à procéder par comparaison avec le côté sain. On trouve alors, en une région d'ailleurs souvent soupçonnée par la clinique une lésion dont l'aspect radiographique est différent suivant le stade. Tache foncée à contours flous à la phase d'infiltration, tache claire, à contours plus ou moins nets, s'il y a déjà une caverne, présence fréquente, au centre de cette tache claire, d'une tache sombre, s'il existe un séquestre. Enfin, tache seulement un peu plus pâle que les parties voisines, avec limite très nette, s'il s'agit d'une lésion en voie de réparation. Mais ce sont là les signes radiographiques de toutes les ostéites tuberculeuses.

Si, au contraire, l'espace clair articulaire est un peu

diminué dans sa partie supérieure (pincement), on peut affirmer qu'il y a coxalgie, le cartilage diarthrodial est partiellement détruit. Si l'atteinte de l'articulation est plus avancée, radiographiquement parlant, la coxalgie saute aux yeux. Il existe un flou dans les contours articulaires qui ne permet pas de doute. Enfin, les os constituant l'article peuvent présenter des lésions plus ou moins marquées, sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici.

Pronostic et Traitement (ses indications)

Cette distinction avec la coxalgie est très importante à cause du pronostic et du traitement.

a. LE PRONOSTIC EST DIFFÉRENT

Une ostéite est toujours moins grave qu'une ostéo-arthrite ; cela est d'autant plus vrai, qu'il s'agit ici d'une articulation importante, dont l'infection bacillaire constitue une maladie grave et longue.

Le pronostic fonctionnel aussi est beaucoup plus favorable, car, pratiquement, dans les ostéites para-coxales et les juxta-coxales qui restent telles pendant toute la durée de leur évolution, *le dommage fonctionnel est nul*; une limitation de mouvements telle que celle que nous avons constatée chez nos malades guéris, est pratiquement négligeable. Notre malade de l'observation I qui présente un raccourcissement fonctionnel par ascension trochantérienne de 2 cm. a, par contre, une hanche absolument libre et sa marche n'est pas défectueuse.

b. LE TRAITEMENT AUSSI EST TOUT DIFFÉRENT

Dans les ostéo-arthrites, et surtout chez l'enfant, on opère le moins possible. Celles de la hanche ne font pas

exception. Dans une coxalgie fermée on n'intervient pas. Dans une coxalgie fistuleuse, on ne le fait que dans des cas bien déterminés.

Réséction, dictée par l'aggravation progressive de l'état général, l'abondance de la suppuration, entraînant la dégénérescence amyloïde des organes, ou bien, dans une coxalgie ancienne, intervention, au contraire, toute limitée, comme l'extraction d'un séquestre, ou le curettage d'un trajet fistuleux qui s'éternise.

Dans les ostéites, il en est tout autrement. *A une période de non intervention, succède une période d'intervention*, laquelle permettra d'abrégier la durée de la maladie. Les ostéites du voisinage de la hanche sont soumises à cette règle, et dans les juxta-coxales, en particulier, on a une raison d'intervenir plus impérieuse, puisque *l'articulation est menacée*.

Le chirurgien doit donc guetter le moment favorable et c'est l'aspect radiographique, qui commande ou ajourne l'intervention, laquelle ne devra être pratiquée, qu'au stade de caverne, qu'il y ait ou non un séquestre, et limitée par un contour très net.

Le malade est mis au repos, simplement couché, s'il s'agit d'une ostéite du trochanter, du pubis ou de l'ischion. La hanche immobilisée par une extension continue pour surveiller l'apparition possible d'abcès s'il s'agit d'un col ou d'un cotyle. On fait des radiographies échelonnées de trois en trois mois environ.

La nécessité opératoire n'est pas absolue dans tous les cas, et nous envisagerons : 1° *ceux où il n'y a pas d'abcès*, 2° *ceux où il existe des abcès ou des fistules*.

1° Dans le premier cas, si l'on est en présence d'une caverne sans séquestre, on peut, à condition d'une surveillance très étroite, laisser la lésion évoluer. La réparation se fait sans suppuration cliniquement appréciable. Les faits de cet ordre (obs. XX) sont assez rares. S'il y a un séquestre, il faut l'enlever car sa résorption sera longue et risque fort d'aboutir à la formation d'un abcès froid. Si l'intervention est pratiquée à ce stade on peut tenter d'obtenir une fermeture par première intention.

2° Dans le deuxième cas, il faut toujours intervenir, curetter la caverne, enlever le séquestre, s'il y a lieu, curetter l'abcès ou le trajet fistuleux, mettre à plat le plus possible, et tamponner. On peut aussi, si la plaie opératoire définitive est assez nette, tenter une suture partielle ou totale, quitte à enlever précocement les fils si cela devient nécessaire.

Il faut, d'autre part, savoir que l'apparition d'un abcès, ou d'une fistule sans infection secondaire intense surajoutée, ne sont pas des indications à hâter l'intervention. Celle-ci, pratiquée à un stade trop précoce, ne fait que diffuser, propager la lésion et en augmente ainsi l'étendue sans en abréger la durée.

Une fois le malade opéré, c'est encore la radiographie qui dictera la conduite à tenir. L'enfant est gardé au repos jusqu'à complète cicatrisation et on ne doit permettre de le lever que lorsque les lésions sont, dans les paracoxales en bonne voie de réparation. Dans les juxta-coxales la prudence doit être plus grande encore, la marche ne sera permise qu'avec le port d'un appareil plâtré immobilisant la hanche et s'arrêtant au genou et une fois la réparation radiographique complète constatée.

De quelques points particuliers relatifs au Traitement

Les règles que nous avons exposées relatives à l'intervention sont celles qu'il faut suivre pour toutes les ostéites bacillaires. D'après les cas que nous avons observés, il nous a semblé que quelques remarques méritaient d'être faites, quant à la technique opératoire ou l'opportunité de l'intervention, suivant la localisation des lésions.

Pour le trochanter et l'ischion, l'abord est facile et la technique ne présente aucune particularité.

Pour le *pubis*, nous avons eu l'occasion de constater que « l'incision de choix est celle qui passe par la racine des bourses ou des grandes lèvres, ce que nous pouvons appeler l'*incision basse* ; elle mène directement sur les lésions et si l'on doit laisser ouvert, le drainage se fait bien » (1). Nos malades des observations XVII et XVIII en apportent la preuve.

Pour les ostéites du sourcil cotylien, il importe de ne pas oublier que l'on est séparé en bas de l'articulation, par le simple cartilage diarthrodial, et qu'il faut, par

(1) Et. Sorrel et Mlle Chauveau. — *Bul. Soc. Anat.* 1921, p. 458.

conséquent, curetter avec beaucoup de prudence, pour ne pas le perforer.

Lorsqu'il s'agit du col fémoral, il semble que l'intervention soit encore plus délicate. On peut craindre de pénétrer dans la hanche puisqu'on est en présence d'une lésion intra-capsulaire. Cependant, s'il y a une indication opératoire comme la présence d'un séquestre, avec suppuration abondante, il ne faut pas hésiter. En suivant l'abcès ou la fistule on a toutes les chances d'arriver à la lésion, sans ouvrir l'articulation, profitant des barrières naturelles qui se sont formées, et protègent cette dernière. Il faut d'ailleurs savoir que *le fait d'ouvrir opératoirement une articulation, au contact d'un foyer tuberculeux, ne provoque pas fatalement dans cette dernière, l'apparition d'une arthrite bacillaire*, ainsi qu'en témoigne l'observation d'un de nos malades atteint d'une ostéite juxta articulaire du genou. Une caverne du plateau tibial avait été curettée. A la suite de cette intervention, se produisit une réaction assez intense du genou, accompagnée de fièvre (39°). Lors du premier pansement, après l'intervention, l'ablation de la mèche qui comblait la cavité fut suivie d'un écoulement de liquide synovial clair, par la plaie opératoire. Deux jours après, le genou était de nouveau volumineux, mais la perforation du cartilage diarthrodial s'était spontanément refermée ; l'articulation fut vidée par ponction. Le liquide obtenu fut examiné au laboratoire. On y constata la présence de polynucléaires, mais on ne trouva aucun microbe. L'inoculation au cobaye fut négative. Aucune autre ponction ne fut nécessaire. L'enfant récupéra progressivement ses

mouvements. Il a quitté l'hôpital, marchant depuis plusieurs mois, sans inconvénients. Il n'y a que dans ce cas de tuberculose de la face pelvienne du cotyle que l'intervention semble peu recommandable.

La voie sous-péritonéale permettrait d'arriver jusqu'à la surface quadrilatère, mais l'intervention se poursuivrait à l'aveugle, on risquerait fort d'ouvrir la hanche et le drainage serait mal assuré. Dans le cas que nous relatons (obs. IX), aucune intervention n'a été tentée, malgré la présence d'un petit sequestre et d'un abcès important, cependant la hanche est restée indemne.

Lance (1) préconise la résection de la hanche « qu'il y ait coxalgie ou non, on devra recourir à une résection de la hanche, avec ouverture large du cotyle, de façon à mettre le foyer malade largement à découvert ». Il nous semble qu'il sera toujours temps de recourir à ce moyen extrême, si, d'une part, l'articulation est envahie et si, d'autre part, l'état du sujet nécessite une pareille intervention ; car nombre de coxalgies avec perforation du cotyle et abcès de la fosse iliaque interne, évoluent cependant de façon satisfaisante.

(1) LANCE. — Tuberculose coxale de l'enfant (*Revue d'orthopédie*, 1901).

Conclusions

I. Les ostéites *juxta coxales* ont, en tant qu'ostéites *juxta articulaires*, droit à une place à part dans l'histoire des ostéites du fémur et de l'os iliaque.

II. Nous proposons de réserver le terme de *juxta coxales* à celles du col fémoral et du cotyle, quelle que soit sa portion (iliaque, schiatique ou pubienne) à cause de leur voisinage immédiat avec la hanche et du danger qui en résulte pour cette dernière, et de grouper sous le nom d'ostéites *para-coxales* celles du trochanter, du pubis et de l'ischion.

III. Leur diagnostic est souvent difficile, surtout en ce qui concerne leur différenciation avec la coxalgie.

En pratique, il se fait de la façon suivante :

a) La discordance entre les signes fonctionnels articulaires peu accentués, et les signes physiques, au contraire très marqués, attire l'attention.

b) Dans certains cas, un signe physique permet d'affirmer le siège de la lésion.

c) Le plus souvent, c'est la radiographie qui tranche le diagnostic.

IV. Cette différenciation avec la coxalgie est très importante à cause :

a) *Du pronostic* : une ostéite est toujours moins grave qu'une ostéo-arthrite.

b) *Du traitement*, qui est tout différent.

En principe, dans une ostéo-arthrite, surtout chez l'enfant, on n'intervient pas. La hanche obéit à cette règle, sauf dans des cas bien déterminés.

Dans les ostéites il en est tout autrement.

A une période de *non intervention* succède une période d'*intervention* permettant d'abréger la durée de la maladie. Les ostéites du voisinage de la hanche suivent cette loi générale, et, pour les juxta coxales, la raison d'intervenir est plus impérieuse encore, puisque l'articulation est menacée.

V. Il nous a semblé que quelques particularités relatives à l'opportunité de l'intervention et à la technique opératoire à adopter suivant les cas, méritaient d'être signalées et nous leur avons consacré le dernier chapitre de ce travail.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président,

GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

APPEL.



